LA MATERNIDAD

DEL

HOSPITAL PASTEUR

COMENTARIOS ESTADÍSTICOS Y CLÍNICOS

1931 - 25 DE ABRIL - 1932

POR EL

DR. CARLOS P. COLISTRO

PROFESOR DE CLÍNICA OBSTETRICA DE LA ESCUELA DE PARTERAS
MÉDICO JEFE DE LA MATERNIDAD

TOMO III



MONTEVIDEO
IMPRESORA URUGUAYA» S. A.
Cerrito esq. Juncal
1932

LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL PASTEUR

LA MATERNIDAD

DEL

HOSPITAL PASTEUR

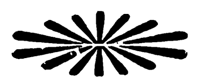
COMENTARIOS ESTADÍSTICOS
Y CLÍNICOS

1931 - 25 DE ABRIL - 1932

POR EL

DR. CARLOS P. COLISTRO

PROFESOR DE CLÍNICA OBSTETRICA DE LA ESCUELA DE PARTERAS
MÉDICO JEFE DE LA MATERNIDAD



MONTEVIDEO
«Impresora Uruguaya» S. A.
Cerrito esq. Juncal
1932

Señor Presidente del Consejo de Salud Pública

Doctor Eduardo Blanco Acevedo.

Presente.

En igual fecha, tres años atrás, nos hicimos cargo de la dirección de la Maternidad del Hospital Pasteur. La labor realizada en los dos años anteriores es de conocimiento del Sr. Presidente. Me corresponde ahora dar cuenta de las tareas desempeñadas en el tercer año de funcionamiento que ha sido de intensa actividad, superando, en forma extraordinaria, a la de los dos años anteriores.

888 enfermas han sido atendidas en esta última etapa, siendo sólo de 700 en el primer año y de 734 en el segundo. Ese aumento de más de 22 % se explica por dos razones. En primer lugar, porque hemos admitido solamente las enfermas que venían en trabajo de parto y reducido a un mínimum razonable, la permanencia en la Clínica; y en segundo término, aumentando la capacidad del Servicio en tres o cuatro enfermas más, utilizando catres y manteniendo algunas en las salas de trabajo.

Apesar de esto, nos hemos visto obligados a rechazar enfermas por tener todas nuestras camas ocupadas, por lo cual, cabe aquí repetir lo que he puntualizado en mis "Comentarios Estadísticos" de los años anteriores: la necesidad urgente de ampliar el Servicio, por lo menos, hasta la capacidad de 60 camas, para poder atender debidamente la zona de influencia del Hospital Pasteur.

Aprovecho esta oportunidad para sugerirle al Sr. Presidente, la creación de un establecimiento cuyos resultados benéficos serían inmensos. Me refiero al Refugio de Embara-

zadas, donde la mujer grávida pudiera reposar durante los últimos meses del embarazo.

El reposo de la mujer embarazada, sobre todo en los dos últimos meses de la preñez, obra benéficamente sobre el producto de la concepción: los niños nacen con mayor peso y mejor desarrollados y es por esa razón que todas las naciones civilizadas se han preocupado, desde muchos años atrás, de proteger a la mujer grávida, dictando leyes tendientes a ese fin y creando Establecimientos, como los Refugios Obreros de París para Embarazadas, cuyos beneficios fueron palpados de inmediato.

La creación del Refugio de Embarazadas, no erogaría mayores gastos al Consejo de Salud Pública, ni influiría en forma apreciable sobre sus finanzas. ¿Local? Cualquier casa del patrimonio de la Asistencia Pública. ¿Dirección Técnica? Honoraria, desempeñada por uno de los médicos dependientes del Consejo: el suscripto, si el Sr. Presidente lo indicara. De los análisis (orina, sangre, etc.), se encargaría el Laboratorio del Hospital más cercano. Como gasto sólo tendríamos, pues, la alimentación y un exíguo personal secundario, gastos mínimos, sin importancia, frente a los enormes beneficios que se obtendrían. Yo ya he tratado en extenso este mismo punto en mis Comentarios Estadísticos y Clínicos del año 1929 - 1930 (pág. 27 y siguientes) por lo cual no debo ser más extenso. Me basta lo que antecede para que el Sr. Presidente, que es un organizador, tome en cuenta estas líneas y el Refugio de Embarazadas, será una realidad a corto plazo.

Yo se bien que son múltiples las tareas que debe desempeñar y atender el Sr. Presidente, pero como sé también que su capacidad de trabajo es extraordinaria, no dudo, que de inmediato, dada la importancia del asunto, lo abordará y solucionará bien, como ha abordado y solucionado, en el corto plazo de su actuación como Presidente del Consejo de Salud Pública, otros problemas de tanta o más importancia que el que yo le planteo.

Continúan prestándome su concurso en forma invalorable la Dra. Volonté de Albo y los doctores Canzani, Cantonnet y Cozzolino, a quienes expreso aquí, mi más profundo agradecimiento que hago extensivo también al personal de parteras y nurses, por su labor eficaz y correcto comportamiento.

Saludo al Sr. Presidente con particular estima,

CARLOS P. COLISTRO.

Abril, 25 de 1932.

PERSONAL TÉCNICO

Me acompañan en las tareas de orden técnico en forma eficaz, el siguiente personal de médicos, parteras y nurses.

Médicos Adjuntos

Dra. Luisa Volonté de Albo.
Dr. Alfredo Canzani.
Dr. Pedro Cantonnet (encargado de los recién nacidos).
Dr. Tomás F. Cozzolino (encargado de las enfermas de patología médica).

Parteras Internas

Deolinda Rodríguez.
Genoveva B. de Posadas (en comisión).
María C. Fernández (partera suplente) .

Parteras Adjuntas

Margarita A. de Salvato.
Rosa M. de Castro.
María M. de Arechaederra.

Nurses

Nurse jefe, Felicia Enamorato.
Nurse, Rosa Cigliutti.
» Agustina Ruibal.
» Libertad Oxilia.
» Julia Bértola.
» Francisca Umpierrez.
» María Luisa Belo.
» María del Carmen Pintos (nurse suplente).

Ha trabajado también durante el año, el siguiente personal de la Escuela de Nurses, a quien agradezco su espontánea y eficiente colaboración:

Nurse, América Retta.
» Isabel Fraga.
» Antonia Baliño.
Alumna, Blanca Cruzet.
» Evelina Barreiro.
» Delicia Benítez.

RESUMEN ESTADÍSTICO

1931 - 25 de Abril - 1932

Enfermas asistidas durante el año 888
Corresponden a Maternidad 801

Corresponden a Ginecología y a otras afecciones. 87

Nacionalidad de las ingresadas

Uruguayas	632	Rumanas	6
Argentinas	35	Polacas	17
Españolas	57	Rusas	8
Italianas	43	Francesas	3
Brasileras	15	Yugoeslavas	3
Portuguesas	7	Húngaras	4
Alemanas	9	Checoeslovacas	6
Lituanas	16	Sirias	2
Austriacas	11	Israelitas	3
Armenias	10	Inglesas	1

Según su edad

Edad	Cantidad	Edad	Cantidad
15	4	27	40
16	14	28	41
17	22	29	39
18	49	30	41
19	34	31	22
20	56	32	24
21	61	33	16
22	71	34	22
23	68	35	24
24	57	36	19
25	46	37	15
26	39	38	9

Edad	Cantidad	Edad	Cantidad
39	12	45	4
40	8	46	6
41	5	47	1
42	9	48	1
43	5	55	1
44	3		

Embarazadas 617

Descompuestas en la forma siguiente:

Embarazos de 9 meses (simples) 519
Embarazos normales de 9 meses 487
Embarazos de 9 meses complicados 10
Embarazos de 9 meses de nalgas 22

TOTAL 519

Embarazos no a término 79

» normales no a término 26
» complicados no a término 50
» de nalgas no a término 3

TOTAL 79

Inminencias de Aborto

De 2, 3, 4 y 5 meses 11

TOTAL 11

Embarazos dobles

Embarazos dobles 8

TOTAL GENERAL 617

Partos durante el período 1931 - 1932

Partos		540
Partos a término (simples)	515	

Descomposición

Normales	479	
Distócicos	36	
TOTAL		515

Descomposición de los partos distócicos

Forceps por sufrimiento fetal	5	
Forceps por distocia anular	4	
Forceps por estrechez pelviana	1	
Extracción de nalgas	22	
Versión por placenta baja	3	
Versión por presentación de hombro	1	
TOTAL		36
Total de partos normales		479
TOTAL A TERMINO		515
Partos prematuros		17

Descomposición

Normales	11	

Prematuros distócicos

Forceps por placenta baja	1	
Extracción de nalgas	3	
Versión por placenta baja	1	
Versión por presentación de hombro	1	
TOTAL		17
Total simples		532

Partos Gemelares

Partos gemelares a término	6
Partos prematuros	2
TOTAL	8

Resumen General

Partos simples a término	515
Partos simples prematuros	17
Embarazos dobles	8
TOTAL DE PARTOS	540

Frecuencia de las presentaciones al iniciarse el trabajo

Presentaciones de vértice (a término)	491
Presentaciones de vértice (prematuras)	13
TOTAL	504
Presentaciones de nalgas (a término)	22
Presentaciones de nalgas prematuras	3
TOTAL	25
Presentaciones de hombro	2
Presentaciones de cara	1
TOTAL	3

Variedad de posición al terminar el trabajo

O. P.	496
O. S.	8
TOTAL	504
Partos gemelares	8

Descomposición

1.° Vértice, 2.° nalgas	....	1
1.° » 2.° nalgas	....	1
1.° » 2.° hombro	....	1
1.° Nalgas, 2.° vértice	....	1
1.° Vértice, 2.° vértice	....	1
1.° Nalgas, 2.° vértice	....	1
1.° » 2.° vértice	....	1
1.° Nalgas, 2.° nalgas	....	1
TOTAL	....	8

Aplicaciones de Forceps

Aplicaciones de forceps 11

Por inercia uterina y sufrimiento fetal 5

Número de las historias.—1609, 1586, 1563, 2037 y 2083

Por estrechez pelviana 1

Número de la historia.—2297

Por placenta baja 1

Número de la historia.—1657

Por distocia anular 4

TOTAL 11

Número de las hitorias.—1494, 1592, 2310 y 2315

Distocia Anular

Terminados por forceps 4

Terminados expontáneamente (neo-paleol y sufato de magnesia) 3

Número de las historia.—1494, 1592, 2310, 2315, 1619, 1958 y 2309.

Enfermas ingresadas por diversas causas

Partos en ciudad	21
Operaciones	32
Infecciones genitales	45
Biopsias	8
Mastitis Supuradas	2
Abortos	163
TOTAL	271

Partos en Ciudad

Historia:

1442. — Parto normal, alumbramiento artificial en el Servicio.
2131. — Parto normal, alumbramiento artificial en el Servicio.
1667. — Parto normal, placenta retenida, extracción simple en el Servicio.
1953. — Parto normal, placenta retenida, extracción simple en el Servicio.
1524. — Parto normal y puerperio normal.
2014. — » » » » »
2114. — » » » » »
1823. — » » Puerperio febril, Tuberculosis pulmonar.
1900. — Parto normal, endometritis puerperal.
1578. — » prematuro, puerperio normal.
1591. — » normal, metrorragia.
1985. — » » Gangrena de la cara anterior del muslo derecho por una inyección de Argirol.
1572. — Parto normal, Flebitis del miembro inferior izquierdo.
1630. — Parto y puerperio normal, Bronco-pneumonia.

1434. — Parto normal, infección puerperal, abceso de fijación.
1560. — Parto normal, infección puerperal, Septicemia a estreptococus.
1776. — Parto normal, infección puerperal, trombus flebitis pelviana, abceso de fijación.
1824. — Parto normal, infección puerperal.
1870. — » » » »
1713. — » » septicemia a estreptococus hemolíticos, abceso de fijación.
1625. — Parto normal, septicemia a estreptococus hemolíticos, abceso de fijación.

Total de partos en ciudad 21

Resumen de los partos en ciudad

Alumbramientos artificiales	2
Placentas retenidas	2
Partos y puerperios normales	4
Puerperio febril	1
Endometritis puerperal	1
Metrorragias	1
Gangrena de la cara anterior del muslo	1
Flebitis del miembro inferior izquierdo	1
Bronco-pneumonía	1
Septicemia a estreptococus	1
Septicemia a estreptococus hemolíticos	2
Trombus flebitis pelviana	1
Infecciones puerperales	3
TOTAL	21

Abortos

Abortos incompletos	135
Abortos expontáneos	28
TOTAL	163

Embarazos de 9 meses complicados

Historia:

1886. — Artritis infecciosa del codo. Parto normal. 1
1821. — Artritis blenorrágica. Parto normal 1
1557. — Tuberculosis pulmonar. Trombus vaginal. Parto normal 1
2329. — Poli-artritis reumatismal. Parto normal. 1
2043. — Hidramnios. Parto normal 1
2041. — Dilatación aórtica. Parto normal 1
2197. — Metrorragia por placenta baja. Parto normal 1
1739. — Metrorragia por placenta baja. Versión. 1
1605. — Metrorragia por placenta baja. Versión. 1
1586. — Utero fibromatoso. Forceps 1
1662. — Parto distócico. Versión. Ruptura uterina. Histerectomía subtotal 1

TOTAL 11

Embarazos complicados no a término

2092. — Tuberculosis pulmonar. Parto normal. 8 meses 1
2296. — Eclampsia. 8 meses 1
1608. — Grippe. 8 meses 1
1565. — Ruptura uterina en la cicatriz de una cesárea anterior hecha por vagina tabicada. 8 meses 1
1946. — Pielo-nefritis. 8 meses. Bacté Coli-Fage. 1
1465. — Pielo nefritis. 7 meses 1
1905. — Pielo nefritis. 6 meses. Bacté Coli-Fage. 1
1544. — Pielo-nefritis. 5 meses. Bacté Coli-Fage. 1
2274. — Pielo-nefritis. 4 meses 1
1866. — Tuberculosis pulmonar. Placenta baja. 7 meses interrumpido 1

1555. — Metrorragia. Placenta baja. 7 meses 1
2128. — » » » » » 1
1601. — » » » 8 ½ meses .. 1
1657. — » » » » » .. 1
2086. — Fibroma. 6 ½ meses 1
2184. — Fibroma del segmento inferior. Laparotomía exploradora. 5 meses. Operada ... 1
2170. — Albuminúrica. 7 meses 1
1694. — Albuminúrica. 6 ½ meses. Parto normal. 1
1847. — Asma bronquial. 6 meses 1
1971. — Bronquitis. 5 meses 1
1477. — Metrorragia. 5 meses 1
1585. — Anexitis. 2 meses 1
1856. — Quiste del gran labio derecho. 2 ½ meses. Incisión, raspado 1
1749. — Apendicitis. 2 ½ meses. Operada 1
1624. — Vegetaciones vulvares y perineales 2 ½ meses. Cauterización 1
1520. — Quiste del ovario. 3 meses. Operada 1
2125. — Liberación de adherencias. 3 meses. Operada 1
1718. — Pólipo del cuello uterino. 3 ½ meses. Extirpación 1
1495. — Tuberculosis pulmonar. 3 meses. Observación 1
2020. — Tuberculosis pulmonar. 2 meses. Observación 1
1471. — Tuberculosis pulmonar. 2 meses. Evacuación uterina 1
1498. — Tuberculosis pulmonar. 2 meses. Evacuación uterina 1
1667. — Tuberculosis pulmonar. 2 meses. Evacuación uterina 1
1700. — Tuberculosis pulmonar. 2 meses. Evacuación uterina 1
1860. — Tuberculosis pulmonar. 2 ½ meses. Evacuación uterina 1

1441.	— Tuberculosis pulmonar. 3 meses. Evacuación uterina	1
1883.	— Psicosis del embarazo. 3 ½ meses	1
1646.	— Estrechez de la pelvis. 2 meses	1
1470.	— Toxemia gravídica. 2 meses. Tipo acidosico-Insulina. Evacuación uterina	1
1773.	— Toxemia gravídica. 2 meses. Tipo hepático. Evacuación uterina	1
1537.	— Toxemia gravídica 2 ½ meses. Tratamiento Levin	1
2213.	— Toxemia gravídica. 2 meses. Dieta absoluta	1
1561.	— Mola hidatiforme. 4 meses. Evacuación uterina	1
2114.	— Mola hidatiforme. 4 ½ meses. Evacuación uterina	1
2188.	— Mola hidatiforme. 3 meses. Evacuación uterina	1
1828.	— Mola embrionaria. Evacuación uterina.	1
1769.	— Posible mola. 2 ½ meses. Evacuación uterina	1
1834.	— Embarazo ectópico	1
1732.	— » »	1
1933.	— » »	1
	TOTAL	50

Raspajes

Por abortos incompletos	127
Para examen histológico	9
Por tuberculosis pulmonar	6
Por toxemia gravídica	2
Por Mola Hidatiforme	5
Por estrechez de la pelvis	1
Por psicosis del embarazo	1
Endometritis hemorrágica	1
TOTAL	152

Alumbramientos

Alumbramientos normales	534
» artificiales	16
TOTAL	540

Puerperios

Normales	483
Ligeramente febriles	16
Febriles	21
Endometritis puerperales	20
TOTAL	540

Estada de parturientas en el Servicio

Paridas que han permanecido en el Servicio de 6 a 9 días	344
Paridas que han estado en el Servicio el tiempo necesario para su curación	196
TOTAL	540

Ginecología

Enfermas asistidas 87

Distribuídas así:

ALTERACIONES FUNCIONALES

Retroflexiones y retroversiones	5
Prolapsos genitales	1
Eventración	3

INFECCIONES GENITALES

Cervicitis	2
Bartolinitis	2

Endometritis	9
Anexitis	26
Flemón del ligamento ancho	1
Douglasitis	1
Quistes del ovario	2

AFECCIONES TUMORALES

Neoplasma del cuello uterino	1
Corio-epitelioma	1
Fibromiomas	14
Polipo-uterino	2
Cáncer del intestino	1

OTRAS AFECCIONES

Apendicitis	2
Desgarros perineales antiguos	2
Esterilidad	1
Embarazos ectópicos	3
Mastitis supuradas	2
Desgarro vaginal post-coito	1
Fístula recto-vaginal	1
Abceso de la articulación coxo-femoral	1
Colecistitis	1
Utero infantil	1
Tuberculosis intestinal y peritoneal	1

Intervenciones quirúrgicas

Ligamento pexias	2
Insuflación tubaria	1
Histerectomía subtotal	12
Histerectomía vaginal	1
Anexectomías	13
Apendicectomías	5
Laparotomías exploradoras	3

Eventración (cura radical)	2
Mastitis supuradas (incisión y drenage)	2

Niños

Niños asistidos durante el año	548
Masculinos	296
Femeninos	252
TOTAL	548
De 600 a 1.000	2
» 1.000 » 2.000	15
» 2.000 » 3.000	190
» 3.000 » 4.000	298
» 4.000 » 4.950	43
TOTAL	548
Niños fallecidos	10
Fetos nacidos muertos	27
Dados de alta	511
TOTAL	548

ENFERMAS FALLECIDAS

Historia:

1565. — Ruptura uterina. Embarazada de 8 meses.
1662. — Ruptura uterina. Embarazo a término. Histerectomía subtotal.
2067. — Eclampsia puerperal.
2096. — Eclampsia. Embarazo de 8 meses.
2092. — Tuberculosis pulmonar.
1630. — Bronco-pneumonía. Parto en ciudad.
1932. — Pleuresía purulenta. Aborto.
1978. — Fibroma-Insuficiencia cardíaca.

2011. — Fibroma-Embolia.
1659. — Pelviperitonitis. Bronco-pneumonía. Aborto.
1793. — Infección puerperal. Trombus flebitis pelviana. Parto normal.
1625. — Septicemia a estreptococus hemolíticos. Parto en ciudad.
2022. — Septicemia a Estreptococus hemolíticos. Aborto.
2146. — Septicemia a Estreptococus hemolíticos. Aborto.
1699. — Septicemia a Estreptococus hemolíticos. Aborto.

Total de fallecidas 15

El índice de mortalidad es de 1.69 % (15 fallecidas en 888 enfermas).

RESUMEN GENERAL

Douglasitis	1
Poliartritis reumatismal	1
Artritis infecciosa del codo	1
Artritis Blenorrágica	1
Hidramnios	1
Ovarios Poliquísticos	1
Flemón del ligamento ancho	1
Retroversiones	5
Anexitis	26
Anexectomías	13
Fibromas	14
Epiteliomas	2
Quistes del ovario	2
Histerectomía Vaginal	1
Histerectomía subtotal	12
Piosalpinx	2
Apendicitis	2
Apendicectomías	5

Biopsias	9
Septicemia a estreptococus	1
Septicemias a estreptococus hemolíticos	5
Infecciones puerperales	5
Trombus Flebitis Pelviana	2
Placentas Previas Lateral	4
» » Marginal	1
» » Centro Parcial	1
» » Centro Total	2
Transfusión de sangre. Hist. 1897	1
Broncopneumonías	3
Pleuresía purulenta	1
Pielonefritis	6
Bronquitis	2
Toxemias gravídicas	4
Tuberculosis Pulmonar	14
Insuficiencia cardíaca	1
Dilatación Aórtica	1
Várices de los miembros inferiores	25
Várices de la vulva	10
Albuminúricas	28
Síntomas de abortos	11
Trombus vaginal	1
Presentaciones viciosas	28
Estrechez pelviana	2
Placentas bajas	8
Muerte del feto	27
Inercia uterina	10
Sufrimiento Fetal	16
Hemorragias por placentas bajas	8
Rupturas uterinas	2
Brevedad del cordón	3
Desgarros del periné	30
Ruptura artificial de las membranas	63
Extracciones de nalgas	25
Versiones internas	6

Maniobras de Mauriceau	31
Forceps	11
Distocia anular	7
Hemorragias del alumbramiento	10
Hemorragias post-alumbramiento	22
Episiotomías	10
Perineorrafias	22
Globo de Champetier de Rives	2
Dilatación manual del cuello	3
Circulares del cordón de 5 vueltas	1
» » » » 4 vueltas	2
» » » » 3 vueltas	2
Pie-Bot	1
Endometritis puerperales	22
Pelviperitonitis (Colpotomía)	2
Abceso de fijación	5
Mastitis supuradas	2
Embarazos ectópicos	3
Cervicitis	3
Bartolinitis	2
Vegetaciones vulvares y perineales	1
Quiste del gran labio derecho de la vulva	1
Eclampsias	2
Molas Hidatiformes	5
Psicosis del embarazo	1
Abceso de la articulación coxo-femoral	1
Eventraciones	2
Cáncer del intestino (ciego)	1
Asma bronquial	1
Tuberculosis intestinal	1
Parametritis	2
Salpingitis	1
Colecistitis	1
Congestión del hígado	1
Flebitis de los miembros inferiores	2
Insuflación tubaria	1

Utero infantil	I
Endometritis	4
Fístula recto vaginal	I
Pólipos del cuello uterino	3
Metrorragias	4
Rigidez del cuello	3
Incisión del cuello uterino	I
Grippe	I
Nudos del cordón	5
Raspajes	152
Curajes digitales	2
Raspajes en ciudad con perforación	I
Desgarro peritoneal post coito	I
Colitis espasmódica	I

POLICLÍNICA

Como en el año anterior la Policlínica es atendida por el suscripto y por la Dra. Luisa Volonté de Albo y el Dr. Alfredo Canzani.

Desde el 25 de Abril de 1931 hasta el 25 de Abril de 1932, ha funcionado durante 314 días, atendiéndose 1.294 enfermas nuevas. Las consultas de enfermas que no concurren por primera vez a la Policlínica sumaron 2.442.

Su distribución es la siguiente:

	ENFERMAS NUEVAS	CONSULTA
1931.		
Abril (desde el 25)	27	30
Mayo	119	201
Junio	105	194
Julio	127	202
Agosto	105	192
Septiembre	113	201
Octubre	94	180
Noviembre	90	172
Diciembre	92	180
1932.		
Enero	110	246
Febrero	111	200
Marzo	110	260
Abril (hasta el 25)	91	184
TOTAL	1.294	2.442

El análisis de sangre (Reacción de Wassermann) es practicado sistemáticamente en todas las embarazadas. Durante el año se ha analizado la sangre de 409 grávidas, siendo positiva en 22 (4. 70 %).

Las curaciones cervicales ascienden a 392, descompuestas así:

1931.

Abril (hasta el 25)	43
Mayo	43
Junio	38
Julio	26
Agosto	32
Septiembre	42
Octubre	19
Noviembre	21
Diciembre	27

1932.

Enero	12
Febrero	42
Marzo	44
Abril (hasta el 25)	3
TOTAL	392

Además, para cumplir distintos tratamientos, se han inyectado los siguientes medicamentos:

Vacuna antigonocóccica	104	inyecciones.
Ovariona	120	»
Bacthe Pyo Fage	12	»

Si se compara el movimiento de la Policlínica del año anterior con el presente, se nota una ligera diferencia en menos, en este último (5.40 %). Esto se explica porque se ha sido extremadamente riguroso en la exigencia de la *tarjeta de pobre,* no atendiéndose ninguna enferma que no estuviera munida de ella.

Me voy a referir ahora a otro punto que tiene su cabida en este capítulo, punto, que por otra parte, ya he comen-

tado en mis comunicaciones de los años anteriores. Es el referente a la forma en que son tratadas las embarazadas que en el momento del parto, harán uso del Servicio Obstétrico Domiciliario. El régimen actual es el siguiente:

Las embarazadas concurren a la Policlínica, donde se vigila su embarazo. Cuando están cerca del término y juzgamos que el parto podrá producirse normalmente (multíparas bien conformadas, con orinas normales y presentación eutócica) se le firma una tarjeta solicitando se le conceda asistencia a domicilio. Las interesadas concurren entonces al local del Servicio Obstétrico Domiciliario (Mercedes esquina Minas) y a la presentación de la tarjeta referida, se le entrega la caja con los útiles para el parto y una tarjeta en que consta el nombre de la partera o parteras a quienes deberán recurrir en el momento del parto.

Este régimen debe modificarse en el sentido de evitarle a la embarazada la concurrencia al Servicio Obstétrico Domiciliario, distante más de 8 kilómetros del local donde funciona la Policlínica, recorrido que es hecho a pie por la mayor parte de ellas, pues se trata siempre de personas pobres, faltas de todo recurso. La caja de útiles y la orden para la partera que va a asistir el parto, deberían entregarse en la Policlínica, y en esa forma beneficiaríamos a esas pobres mujeres que después de recorrer un largo trayecto para concurrir a la Policlínica (la mayor parte viven en Maroñas, Malvín o Carrasco), tienen que volver a peregrinar y recorrer otro largo trayecto para recoger las cajas de útiles, y la orden para la partera asistente.

Yo iría más allá, Sr. Presidente, y me permitiría sugerir una modificación más radical al régimen existente: la creación del Radio de Asistencia Obstétrica Domiciliaria de la Unión, dependiente de la Policlínica a mi cargo. Las embarazadas se vigilarían durante el período de gravidez, en la misma forma que se hace actualmente y llegado el momento oportuno, se le entregaría en nuestra Policlínica, la caja de útiles y la orden para la partera elegida por la propia emba-

razada del cuerpo de parteras domiciliadas en el radio y que nombraría el Consejo de Salud Pública. La vigilancia del puerperio se haría por el suscripto o por los médicos adjuntos, obligando a la partera asistente a dar cuenta al Servicio Obstétrico Domiciliario de la calle Mercedes y Minas, de todo parto efectuado, a los efectos del control para el pago de dichos partos.

Si este mismo régimen se aplicara a otras zonas alejadas del centro (Paso del Molino y Cerro) entiendo que el Servicio Obstétrico Domiciliario, cumpliría mejor su cometido y se beneficiarían enormemente ese conjunto de mujeres en el trance de la maternidad, dignas por ello, de toda consideración.

ASISTENCIA DEL RECIEN NACIDO

Esta sección está a cargo del Dr. Pedro Cantonnet que me acompaña en forma desinteresada, desde que se inauguró el Servicio.

En estos últimos tiempos y con el cargo de médico adjunto, actúa también el Dr. Héctor Cantonnet.

He aquí dos trabajos de estos estimados colaboradores:

LA CONJUNTIVITIS PURULENTA
EN LOS
RECIÉN NACIDOS HEREDO - ESPECÍFICOS

por los Drs. P. y H. Cantonnet (1)

En el Servicio de la Maternidad del Hospital Pasteur del Dr. Carlos P. Colistro, nació el 28 de Mayo de 1932 una niña cuya historia resumimos.

Recién nacida de parto normal. Embarazo a término, pesa 2850 gm. siendo el examen que practicamos completamente normal, fuera de un corrimiento purulento ocular bilateral. Ruptura de membranas a las 22 horas del 27 de Mayo. Expulsión fetal a las 2 horas 28 de Mayo. Se hace tratamiento profiláctico ocular. Vemos al niño a las 11 de la mañana del mismo día, constatando un corrimiento purulento bilateral con gran edema parpebral. Se practica examen de su secreción ocular. "Se observan glóbulos de pus". "No hay microbios".

Antecedentes familiares: madre primigesta habiendo sido sana, sin abortos, orina normal, examen de sangre Wasserman Ho. Hacemos el tratamiento de la oftalmía, asociando un tratamiento antiespecífico con ungüento napolitano. 0 gr. 50 por día.

Recién al tercer día se pueden ver las córneas que aparecen opacas. El cuarto día corrimiento casi nulo, córneas opacas, sobre todo la del ojo derecho. El quinto día la oftalmía está vencida, pero dejando ceguera completa. (Dr. A. Meerohoff). El niño que debía volver al Servicio de oftalmología del Hospital Pasteur se pierde de vista.

---

(1) Comunicación a la Sociedad de Pediatría, Julio de 1932.

Segundo caso

En noviembre de 1923, tuvimos que actuar frente a una recién nacida que presentaba una oftalmía purulenta. Niña nacida a término de parto normal algo prolongado (primigesta) pesando 3.500 grm. Examen del recién nacido: normal. Se hace tratamiento profiláctico por el argirol al 25 %. Toma pecho. A la semana de su nacimiento comienza un pequeño corrimiento en el ojo derecho. Rapidamente aumenta la secreción purulenta tomando la otra vista, gran edema parpebral que hace difícil el examen de su córnea.

Antecedentes familiares: madre siempre sana. Embarazo normal sin albúmina en sus orinas. Padre específico en tratamiento. En el momento del nacimiento se hace el Wassermann, con la sangre del cordón con resultado negativo. Examen anatomo-patológico de la placenta (Dr. Domínguez) normal. Frente a esa oftalmía purulenta hacemos el tratamiento que creemos conveniente y lo vemos con el Dr. A. Meerohoff con el cual seguimos al niño. Y bien, a pesar del tratamiento: nitrato de plata, permanganato, argirol, proteino-terapia, tratamiento anti-específico, etc., se hace la opacidad de las córneas primero y su perforación después. Ceguera completa.

Es bien sabido que en todas las Maternidades, a pesar de las medidas profilácticas encaminadas a extirpar el fantasma de la oftalmía purulenta, ésta se presenta, si bien es cierto, en una proporción muy reducida.

En el Servicio de Maternidad del Dr. Colistro, el tratamiento profiláctico lo hacemos durante el embarazo (higiene del embarazo) e inmediatamente después del nacimiento se practica el Credé con nitrato de plata al 1 %. Todavía más, a las 24 y 48 horas de nacido el niño, hacemos nueva instalación ocular con argirol al 25 %. (Una gota en cada conjuntiva).

El tratamiento curativo con el cual hemos dominado

siempre la oftalmía purulenta, ya sea a gonococos como microbios diversos, es el que hemos practicado en nuestro primer caso, es decir, hacemos lavajes externos con suero fisiológico cada 4 horas y tres veces al día instilamos una gota de argirol al 25 %, tratamiento que podemos modificar de acuerdo con el estudio diario que hacemos del niño.

Y bien, ya cuando tratamos con el Dr. A. Meerohoff, enérgica e ineficazmente, el primer caso de oftalmía purulenta en un recién nacido heredo-específico, nos llamó la atención el ataque rápido de sus córneas que llega hasta la ceguera completa. El segundo niño heredo-específico que también vimos con el Dr. A. Meerohoff, hace una oftalmía purulenta y en pocos días llega a la fundición de sus córneas.

Nos parece interesante llamar la atención en nuestro medio, sobre el pronóstico grave y desfavorable que tiene la oftalmía purulenta en los heredo-específicos.

Para hacer tal afirmación nos basamos en nuestros dos casos seguidos bien de cerca y sobre las lecturas que sobre tal tema pudimos hacer, gracias a la atención de los doctores W. y A. Meerohoff.

La bibliografía es sumamente rara. Solamente hemos encontrado dos artículos del Dr. Barmettler: Rapporto tra la oftalmoblenorrea dei neonati e la lue congenita. Rinascenza medica—1926 número 18. Reperado en: Zentralblatt für die gesanite ophtal-mologie—tomo 17-1927.

El mismo autor insiste sobre el mismo tema en el XII Congreso de Nápoles—28 - IX - al 1.° X - 1927. Atti congr. pediatr. Ital. 314 a 320 y 357-359-1928.

El citado autor en su primer artículo habla de 7 casos de oftalmoblenorrea con complicación corneal, donde se constató la sífilis congénita. Esta actuaría debilitando las defensas naturales y favoreciendo la acción de otros gérmenes.

Barmettler, llega a la conclusión que la aparición de complicaciones en un tratamiento bien conducido de conjuntivitis purulenta debe hacer sospechar la sífilis hereditaria. Morax, citado por el nombrado autor, opina que el 5 % de las

supuraciones oculares de los recién nacidos, son debidos a la sífilis.

En esta comunicación sólo hemos querido destacar la importancia que tiene el conocimiento del grave pronóstico de la oftalmía purulenta en los recién nacidos heredo-luéticos.

Frente a tales casos deben ser extremadas las medidas profilácticas, capaces de evitar la eclosión de una enfermedad que en tal terreno toma un desenvolvimiento de resultados tan funestos para el porvenir del niño.

Un caso de malformaciones múltiples en un recién nacido

El 21 de mayo de 1932 nació un niño en la Maternidad del H. Pasteur—Servicio del Dr. Colistro—que dado el conjunto de malformaciones que presentaba creemos interesante dar a conocer.

Niño nacido de parto de nalgas de desarrollo normal, pesa 2.700 grm., a término, niño que vivió durante ¼ de hora. Madre sin antecedentes de importancia; tres embarazos y partos normales, sin abortos, examen de sangre normal, Wassermann negativo.

Nos pareció interesante hacer la autopsia. He aquí el resultado de la misma: Aspecto exterior. Primero, extrofia vesical. Segundo, imperforación anal. Tercero, ausencia de órganos genitales externos, existiendo en un punto como una pequeña vesícula de contenido negruzco, que ocupaba el sitio de la vulva. ¿Los pequeños o los grandes labios? De todos modos los únicos levantamientos que se encontraban estaban a una gran distancia de este punto que describimos. Cuarto, por debajo de la vijiga había tegumento completo. Quinto, la pared que limitaba la extrofia estaba constituída por peritoneo y los diversos elementos que acompañan a la piel, pero sin músculos. Estos habían quedado detenidos a gran distancia de la vejiga.

Abierto el cadáver se encontró: peritoneo por toda la cara posterior de la vejiga. Segundo, ausencia de torción del intestino, que era todo de un calibre, una pequeña eminencia mamelonada de un color blanco rosado, que supusimos fuera el divertículo de Mekel, que había cumplido su evolución. Tercero, por debajo de él, el intestino terminaba en el punto más bajo de la vejiga. Cuarto, en el centro de la pelvis y elevándose en el abdomen, aparecían dos cuernos confluyendo hacia la línea media, donde ambos se tocaban sin fusionarse, constituyendo así un útero didelfo, con dos trompas. Quinto, por detrás del útero había un pequeño espacio e inmediatamente hacia atrás, se encontraba el cóxis alto y con fuerte curvadura hacia adelante. Sexto, los riñones de aspecto normal tenían uréteres de calibre muy diferente: el derecho, muy fino, desembocaba en la vejiga, en un punto que desde antes de explorado parecía ser el orificio ureteral teniendo un recorrido retro-peritoneal. El otro en cambio mucho más grueso, en posición mediana se seguía hasta el útero del lado correspondiente. Allí se recostaba contra él y se podía seguir difícilmente su trayecto hasta el otro orificio ureteral, que se veía en la vejiga extrofiada. Séptimo, por delante del útero y por detrás de la vejiga había una ampolla rectal completa que se prolongaba hacia arriba en un conducto que terminaba ciego y progresivamente afinado. Octavo, no había en toda la cavidad abdominal trasas de colon.

Resumen.—Encontramos, pues, en el malformado que describimos: una extrofia vesical, imperforación anal, desembocamiento del intestino en la vejiga (cloaca), ausencia de vagina, pequeñez de los rodetes genitales externos, curvadura exagerada del cóxis, ausencia de rotación del intestino, ampolla rectal por delante del útero, útero didelfo, ureteres anómalos.

La extrofia vesical trajo como consecuencia la falta de desarrollo de la cloaca, de manera que hubo al mismo tiempo que falta de evolución en la parte de alantoides que da la vejiga, falta de evolución de la parte de intestino que desem-

boca en la cloaca. A su vez este intestino no evolucionó y no creció como para dar las vueltas normales. Por debajo del divertículo de Mekel, se echó directamente en la cloaca y no creció más. No hubo por lo tanto ni colon ni torciones. A su vez se desarrolló un útero didelfo y uno de ellos mezclado interiormente con el ureter del lado correspondiente. Los cordones de Gartner y de Wolff bajan juntos, de modo que pueden haber dado la anomalía con el ureter. Se desarrolló una ampolla rectal como para esperar al otro extremo del intestino que no vino y como debía desarrollarse al lado de ese intestino, lo hizo donde debía estar el tracto genital. Este a su vez se encontró desplazado atrás y se desarrolló donde pudo, puesto que la separación entre la alantoides y el intestino no se hizo.

TRATAMIENTO DEL ABORTO FEBRIL

Sobre el tratamiento del aborto febril se ha escrito mucho y se ha discutido mucho también; y este es el momento en que aun no existe un completo acuerdo sobre este punto. Esta discordia en la forma de tratar el aborto febril viene de mucho tiempo atrás y frente a Fehling que a mediados del siglo pasado evacuaba todos los úteros, fueran o no febriles, para evitar, según él, la hemorragia y la infección, se colocaron los abstencionistas, teniendo en cuenta los verdaderos desastres que provocaba en algunos casos el tratamiento de Fehling.

Entre estas dos maneras de proceder, intervencionistas y abstencionistas, forzosamente tenía que surgir un tratamiento que podríamos llamar mixto, intervencionista en algunos casos y abstencionista en otros. Y es así que en el año 1928 los doctores Carlevaro y Rodríguez López, en comunicación a la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay, actualizando la vieja teoría alemana de la *Sapremia* y la *Septicemia,* clasifican los abortos febriles en dos tipos: tipo pneumónico y tipo tífico, siendo intervencionistas en los primeros y abstencionistas en los segundos.

Es indudable que en aquellos casos cuyo tipo clínico es perfectamente diagnosticado, el tratamiento propuesto por los doctores Carlevaro y Rodríguez López, tiene que dar buenos resultados. Pero aquellos casos (y son muchos) que participan de uno y otro tipo, ¿cómo los trataremos?

Es por esta razón y por la imposibilidad en que nos encontramos actualmente, de conocer el grado de infección, pues ni el laboratorio ni la clínica puede dárnoslo, es que soy francamente abstencionista.

El procedimiento que nosotros aplicamos en nuestro Servicio Clínico es el siguiente:

Todo aborto febril incompleto es considerado como infectado, por lo cual nuestra conducta es francamente absten-

cionista tratándolos con saco de hielo y pituosona (½ c. c. cada 6 horas) y procediendo a la evacuación de los restos después que han transcurrido más de 48 horas de apirexia. Sólo evacuamos el útero de inmediato, cuando una hemorragia inquietante nos obliga a ello. Hemos obtenido siempre buenos resultados.

Sin embargo, dada la forma en que funciona nuestro Servicio Clínico, en el cual no hay guardia permanente de médicos especializados, y las enfermas que llegan al Hospital Pasteur fuera de las horas de la mañana, son atendidas por los Cirujanos de Guardia; se han tratado gran cantidad de abortos febriles por la evacuación inmediata, y los resultados obtenidos son dignos de tenerse en cuenta. No entro, por ahora, a su discusión, limitándome solamente a publicar detalladamente nuestra estadística, dejando para otra oportunidad el comentario.

En el año 1931 - 32 han ingresado al Servicio 163 enfermas con hemorragia por aborto. 135 abortos incompletos y 28 inminencias de aborto, el cual se ha efectuado después expontáneamente en la Clínica. De los 135 abortos incompletos, debemos deducir 5 que ingresaron en grave estado (el hemocultivo fué positivo y sólo se hizo tratamiento por sueros y vacunas), 2 curajes digitales y una enferma a quien se le había hecho el raspaje en ciudad y se hospitalizó solamente al efecto de vigilar su post-aborto, que fué normal.

Quedan, pues, 127 enfermas cuyo tratamiento fué la evacuación uterina inmediata. De estas, ingresaron con fiebre 51 y apiréticas, 76.

La evolución de las que fueron cureteadas con fiebre fué la siguiente:

En 26 la temperatura descendió de inmediato y el post-aborto fué normal; y en 17 la temperatura ascendió, manteniéndose durante varios días, lo que obligó a hacerle tratamiento médico: Bolsa de hielo y pituosona.

De las 76 enfermas apiréticas que fueron cureteadas, 4 hicieron un post-aborto febril.

Dentro de los abortos expontáneos que suman 28, 7 tuvieron un post-aborto febril de algunos días (de 3 a 6 días), evolucionando después favorablemente.

En resumen, pues, todos los abortos febriles que fueron tratados de inmediato por la evacuación, evolucionaron hacia la curación a breve plazo.

En 8 casos que ingresaron febriles y que se intervino después del descenso de la temperatura, el post-aborto fué normal.

Digno de destacarse también es el hecho de que 4 casos de aborto incompletos apiréticos hicieron temperatura después del curetaje.

He aquí en detalle los datos estadísticos:

Abortos ingresados al servicio desde el 25 de Abril de 1931 al 25 de Abril de 1932

Abortos incompletos	135
Abortos expontáneos	28
TOTAL	163
Raspajes practicados en los abortos febriles	43
Raspajes practicados después del descenso de la temperatura	8
Raspajes hechos sin temperatura, elevándose ésta después de la intervención	4
Abortos infectados (septicemia)	5
Abortos expontáneos que hicieron temperatura después de efectuados	7
Raspaje en ciudad	1
Curajes digitales	2
TOTAL	70
Abortos que han evolucionado normalmente	93
TOTAL	163
Total de raspajes por aborto incompletos	127

Abortos febriles tratados por la evacuación inmediata

EVOLUCIÓN

1467. — Temp. 38.8/ puls. 100. — Raspaje. Chucho después de éste. La temperatura desciende a lo normal. Estada de la enferma, 6 días.

1501. — Temp. 38.9/ puls. 126. — Chuchos 2. Raspaje. La temperatura desciende a lo normal.—*Tratamiento:* pituosona y bolsa de hielo. Estada 6 días.

1508. — Temp. 38.4/ puls. 120. — Chucho, raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 4 días.

1526. — Temp. 37.2/ puls. 80. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 5 días.

1554. — Temp. 37.4/ puls. 88. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 5 días.

1600. — Temp. 37.5/ puls. 100. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 5 días.

1633. — Temp. 39.4/ puls. 120. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 4 días.

1709. — Temp. 38.2/ puls. 124. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 5 días.

1753. — Temp. 37.5/ puls. 106. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 5 días.

1773. — Temp. 37.5/ puls. 92. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 3 días.

1791. — Temp. 37.2/ puls. 102. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 5 días.

1799. — Temp. 37.8/ puls. 120. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. *Tratamiento:* bolsa de hielo. Estada 5 días.

1806. — Temp. 38.2/ puls. 112. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. *Tratamiento:* bolsa de hielo. Estada 4 días.

1807. — Temp. 37.2/ puls. 120. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. *Tratamiento:* bolsa de hielo. Estada 5 días.

1854. — Temp. 37.5/ puls. 94. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 4 días.

1916. — Temp. 37.2/ puls. 120. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 5 días.

1943. — Temp. 37.2/ puls. 84. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 5 días.

2015. — Temp. 36.2/ puls. 108. — Aumento de temperatura a 37.4/. Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 6 días.

2023. — Temp. 37.4/ puls. 88. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 4 días.

2026. — Temp. 37.6/ puls. 100. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 4 días.

2047. — Temp. 37.5/ puls. 100. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 6 días.

2175. — Temp. 37.5/ puls. 120. — La temperatura desciende hasta 36.6/ y vuelve a subir a 37.5/, puls. 124. Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 6 días.

2183. — Temp. 38/ puls. 120. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. *Tratamiento*: pituosona, bolsa de hielo y suero fisiológico. Estada 6 días.

2243. — Temp. 37.6/ puls 120. — La temperatura desciende a 36.8/ y vuelve a subir hasta 38.4/. Chucho. Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. *Tratamiento:* bolsa de hielo. Estada 10 días.

2268. — Temp. 38.8/ puls. 124. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 5 días.

2301. — Temp. 37.8/ puls. 96. — La temperatura aumenta a 38.8/. Puls. 120. Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. Estada 5 días.

Total de raspajes hechos con temperatura y que evolucionaron normalmente 26

1454. — Temp. 37/ puls. 102. — Raspaje. La tempera-

tura desciende a 36.4/ durante 2 días y sube a 39.3/. Puls. 112. Descenso a lo normal. *Tratamiento:* bolsa de hielo y pituosona cada 6 horas. Estada 9 días.

1527. — Temp. 37.5/ puls. 104. — Raspaje. La temperatura desciende a lo normal. *Tratamiento:* bolsa de hielo y pituosona cada 6 horas. Estada 10 días.

1566. — Temp. 38.5/ puls 112. — Raspaje. La temperatura sube a 39.7/ puls. 120. La temperatura se mantiene 2 días para descender a lo normal. *Tratamiento:* bolsa de hielo. Estada 6 días.

1642. — Temp. 39/ puls. 124. — Raspaje. La temperatura desciende a 37/ 2 días y aumenta a 39.4/. *Tratamiento:* pituosona y bolsa de hielo. (Bronco-pneumonía). Estada 17 días.

1659. — Temp. 37.3/ puls. 132. — Raspaje. Chucho. La temperatura aumenta en los días siguientes hasta 40.5/ pul. 140. Pelvi-Peritonitis. (Colpotomía). Bronco-pneumonía. Estada 53 días.

1685. — Temp. 37.5/ puls. 124. — Raspaje, la temperatura persiste durante 4 días y desciende a lo normal. *Tratamiento:* bolsa de hielo. Estada 8 días.

1697. — Temp. 38.3/ puls. 120. — Raspaje. La temperatura persiste durante 3 días y desciende a lo normal. *Tratamiento:* bolsa de hielo. Estada 8 días.

1839. — Temp. 37.2/ puls. 100. — Chucho. Temp. 40.5/ puls. 120. Raspaje. La temperatura disminuye a 38.3/ puls. 120. La temperatura se mantiene en tre 37/ y 38/ durante 2 días para ir descendiendo hasta lo normal. *Tratamiento:* bolsa de hielo y pituosona. Estada 8 días.

1867. — Temp. 37.7/ puls. 92. — Raspaje. La temperatura desciende a 36.9/ para volver a subir a 37.5/ y descender a lo normal. *Tratamiento:* pituosona y bolsa de hielo. Estada 6 días.

1957. — Temp. 37/ puls. 84. — Raspaje. La temperatura desciende a 36.3/ y sube a 37.2/ manteniéndose alternativamente durante tres días y desciende a lo normal. Estada 8 días.

2115. — Temp. 37.8/ puls. 100. — La temperatura desciende a 36.4/, al quinto día empieza a subir hasta 37.5/. Raspaje. Desciende la temperatura a lo normal. *Tratamiento:* bolsa de hielo. Estada 9 días.

2119. — Temp. 37.2/ puls. 88. — Raspaje. La temperatura desciende a 36.8/ para subir a 38.3/ y descender a lo normal. Estada 3 días.

2150. — Temp. 38/ puls. 100. — Raspaje. La temperatura desciende a 37.1/ para ir subiendo hasta 39.4/ puls. 120. Desciende a 37/, continuando la temperatura durante varios días. Tiene una anexitis bilateral. *Tratamiento:* pituosona cada 6 horas, bolsa de hielo, Horno Bier. Estada 15 días.

2214. — Temp. 38.4/ puls. 108. — Raspaje. La temperatura desciende a 36.8/ para volver a subir hasta 39/. Se trata de una bacilar. *Tratamiento:* pituosona y bolsa de hielo. Estada 14 días.

2000. — Temp. 37.5/ puls. 100. — Raspaje. La temperatura persiste durante 4 días para descender a lo normal. Estada 7 días.

2276. — Temp. 38.6/ puls. 120. — La temperatura desciende a 37.3/ y vuelve a subir a 38.2/. Raspaje. La temperatura persiste 5 días. *Bacilar.* Estada 9 días.

1811. — Temp. 37.5/ puls. 96. — Raspaje. Chucho. La temperatura sube a 39.7/ durante tres días, la temperatura se mantiene alta, para descender a 37/, subiendo en tres días a 37.5/ para descender a lo normal. El puls. se mantiene entre 80 y 100. *Tratamiento:* hielo y pituosona cada 6 horas durante 5 días. Al sexto día 1 c. c. Bacte Pío Fage durante 3 días Anexitis izquierda. Estada 11 días.

Total de raspajes hechos con temperatura y cuyo post-aborto fué febril 17

Evolución del raspaje hecho después del descenso de temperatura

1666. — Temp. 38/ puls. 110. — Chucho. Raspaje hecho después de descender la temperatura. Marcha normal. *Tratamiento:* bolsa de hielo. Estada 7 días.

1681. — Temp. 38.8/ puls. 128. — Chuchos. Raspaje después de descender la temperatura. *Tratamiento:* pituosona y bolsa de hielo. Estada 8 días.

1987. — Temp. 37.4/ puls. 96. — La temp. aumenta a 38.7/ y desciende a 36.8/. Raspaje. Marcha normal. Estada 5 días.

2032. — Temp. 38.7/ puls. 100. — Al cuarto día la temperatura desciende a 36.8/. Raspaje. Marcha normal. Estada 10 días.

2078. — Temp. 37.8/ puls. 92. — La temperatura va descendiendo hasta 36.5/. Raspaje. Marcha normal. Estada 4 días.

2093. — Temp. 38.8/ puls. 120. — Chucho. La temperatura desciende a 36.5/. Raspaje. Marcha normal. Estada 5 días.

2098. — Temp. 37.8/ puls. 92. — La temperatura desciende durante 2 días hasta 36.8/. Raspaje. Marcha normal. Estada 5 días.

2148. — Temp. 37.5/ puls. 84. — Al tercer día desciende a 36.8/ puls. 92. Raspaje. Estada 5 días.

Total de raspajes hechos después del descenso de la temperatura 8

LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE EN LA CLÍNICA OBSTÉTRICA DEL PROFESOR AUGUSTO TURENNE

Lección dada en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires

Octubre 26 de 1920.

Llamará justamente la atención el que recién publique este trabajo, habiendo transcurrido más de once años desde que fué leído en el anfiteatro de la Escuela de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Tal retardo obedece a una causa sencilla: el extravío de los originales. Hace apenas unos meses aparecieron mezclados con papeles de otro orden, que se habían archivado. Como la publicación de ellos sólo interesa del punto de vista personal, dada la transformación radical que ha sufrido, desde entonces acá, la manera de inyectar sangre, lo hago en mis "Comentarios" y no en una revista científica.

En el salón donde se celebró el acto, ocupaban el sitio de honor, el Decano de la Facultad de Medicina Dr. Lanari, el vicedecano Dr. Ubaldo Fernández, Consejero doctor Julio Iribarne, Profesores Dr. Peralta Ramos. Boero, Agote, Enríquez, Belou, Bottaro, Houssay y numerosos médicos, estudiantes y parteras que llenaban el amplio anfiteatro.

El Dr. Osvaldo L. Bottaro, profesor suplente de Clínica Ginecológica, designado por el Sr. Decano para recibirme, hizo mi presentación en los siguientes términos:

Señor Decano, señores Profesores, colegas y alumnos: Bien grato es para mí el honor que se me ha conferido de presentaros al señor Profesor Agregado de Obstétrica y Ginecología de la Facultad de Medicina de Montevideo, doc-

tor Carlos P. Colistro. Tanto más grato me resulta esto, señores, cuanto que el Dr. Colistro no trae tan sólo el contingente de su preparación sobre un tópico especial de medicina práctica, sino que une a esto el elevado prestigio de su cultura médico-social, traducida hacia nosotros en la más simpática y apreciable de sus modalidades: la amistad.

El Dr. Colistro, conceptuoso legislador en su país desdes el año 1920, profesor agregado desde el año 1918 y reputado profesional, es hijo de una escuela uruguaya, que bien merece, a mi entender, ser individualizada, en mérito a sus orientaciones. Es así, señores, que la cátedra del eminente profesor Turenne, amigo nuestro y colaborador habitual en nuestros certámenes, es una cátedra prestigiada por la alta labor científica desarrollada, por su amplitud de miras en el terreno médico-social, y por las constantes enseñanzas que de ella emanan: ya forjando profesores jóvenes que lleven en su verba el credo de su discernimiento, ya nutriendo las revistas médicas, las que cunden a manera de savia renovadora en el ambiente de los hombres de ciencia y de progreso.

Al hacer este justiciero recuerdo del maestro y de su cátedra, el distinguido huésped, maestro también, debe sentir reflejado hacia sí propio, la esencia de nuestras consideraciones, desde que cada uno de los hombres de estudio, llevamos con orgullo todo cuanto aquellos hayan sido capaces de imprimirnos o plasmar, en el transcurso de nuestras vidas de satélites científicos, voluntarios y conscientes.

El conferencista de hoy, tiene merecido de su maestro y jefe, las consideraciones personales y científicas que le acreditan caballero, médico diligente y sociólogo empeñoso.

Su labor en la "Asociación Fraternidad" de Montevideo como médico-director es el exponente de su entusiasmo por la obstétricia, en sus relaciones con la verdadera función médico-social continuando allí la obra que el Dr. Turenne realiza con amplia escala en su Servicio de Protección Maternal del Hospital Pereyra Rosell, donde tantas veces

tuviéramos ocasión de sorprenderles en íntimo consorcio de acción y de ideales.

Si Montevideo es habitual para mí, por simpatías, que no oculta mi sinceridad, no puede serlo menos todo aquello que tenga afinidades con la medicina, ni mucho menos aún las clínicas donde se nos recibe siempre como a camaradas.

La feliz iniciativa de intercambio intelectual entre los hombres de ciencia, de los países vecinos, es la forma más eficiente del común engrandecimiento cultural y a su vez la más noble y simpática de las afinidades, capaces de imponerse por sí solas, la armonía política, tarea que incumbe a todo gobierno consciente de sus ideales y a todo ciudadano que ame a su país.

Sea hoy la palabra del Profesor Colistro, la mensajera de esta bonanza y de esta armonía político-intelectual, arraigada entre argentinos y uruguayos, por efectos de una común génesis histórica, que nadie se atrevería a disecar con propósitos de descubrir soluciones de continuidad.

Comentaría gustoso, y con toda amplitud los trabajos científicos y la actuación docente y profesional del Dr. Colistro, en la Escuela, en el Hospital Pereyra Rosell y en el público de la coqueta ciudad de Montevideo.

Ello sería el mejor elogio que pudiera hacer del Profesor que hoy nos honra con su visita y con su colaboración científica.

Recordaré tan sólo algunos de sus trabajos originales sobre la especialidad, iniciados ya con su tesis inaugural del año 1907.

Su tesis de profesorado del año 1918, versó sobre el tratamiento de la inserción viciosa de la placenta y sus complicaciones.

Otro de sus opúsculos versa sobre el tratamiento de la eclampsia, donde el autor sostiene el destierro del cloral y del veratrum viride, preconizando en cambio, el éter y la desintoxicación, a base de sangría bajo el control del oxilómetro.

Citaré además, una monografía sobre el tratamiento de la retención placentaria, por impregnaciones alcohólicas en forma de instilaciones o taponamiento.

Siempre en sus relaciones con la Obstetricia, publica en colaboración con su jefe y maestro, el procedimiento de la ligadura de la hipogástrica en la trombo-flebitis aguda.

La profilaxis del aborto criminal le ha inspirado un proyecto legislativo que encuentra su obstáculo dentro de la Comisión Parlamentaria, fundamentándose en la violación del secreto médico, tesis errónea, en el concepto del autor, bajo reservas de orden médico-social y legal, que nadie mejor que él se encargará de defender con el calor necesario para lograr el éxito que ansía.

La cita de algunos de sus trabajos, como véis, significa comprobaros, que el Dr. Colistro es un empeñoso paladín del progreso médico uruguayo, y es adelantar al auditorio, las seguridades de que, al disertar sobre la transfusión de sangre, recurso que la Ostetricia, más que ninguna rama de la medicina ha recogido con avidez ante el cuadro de las hemorragias fulminantes, nos ha de procurar una hora de apreciable interés y marcado provecho.

Estimado compañero y amigo Profesor Colistro:

Estais en vuestra casa. En nombre del Sr. Decano, del Honorable Consejo Directivo y de la Escuela de Medicina toda, os doy la bienvenida, y os ofrezco complacido la tribuna y la palabra.

La forma elogiosa en que el profesor Bottaro hizo mi presentación, obligó a que en mi nombre y en el de la Escuela Uruguaya del Profesor Turenne, a que pertenezco, pronunciara algunas palabras, expresando mi más profundo agradecimiento.

Inmediatamente comencé mi disertación en la forma siguiente:

Señores:

Permitidme antes de empezar mi conferencia haceros la siguiente declaración. No vengo a este anfiteatro en que han enseñado tantas glorias argentinas a deciros cosas nuevas sobre transfusión. Vengo simplemente a narraros con toda lealtad lo que hacemos nosotros y los resultados que hemos obtenido allá en nuestra Clínica Obstétrica bajo la dirección de un maestro que es un amigo sincero de vosotros: el Profesor Augusto Turenne. Pero antes de comenzar mi narración, es mi deber recordar a una gloria vuestra. Es necesario que diga que gracias a un médico argentino poseemos un método sencillo y eficaz de transfusión. Es necesario que diga también que fué siguiendo las indicaciones del Profesor Agote que se hizo la primera transfusión de sangre en nuestra Clínica. Reciba pues, el ilustre médico argentino mi primer saludo y el testimonio de mi admiración.

La primera transfusión de sangre fué practicada en nuestra Clínica el 26 de octubre de 1916 siguiendo para ella el procedimiento del Profesor Agote descripto en los "Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica" correspondiente al mes de enero de 1915, y como no contaramos con el aparato especial del citado autor, lo reemplazamos con otro improvisado en el momento, que se constituyó con un frasco de cristal graduado de quinientos centímetros cúbicos de capacidad, de boca ancha, cerrada con un tapón de dos aberturas para dar paso a dos tubos acodados: uno de ellos corto en comunicación con una pera insufladora de Richardson; el otro largo cuya extremidad inferior alcanzaba al fondo del frasco, continuándose por otra parte con un delgado tubo de goma adaptado a una aguja común de inyección intravenosa. En el tubo de insuflación se interpuso un copo del algodón esterilizado para filtrar el aire insuflado. Todo el aparato fué esterilizado convenientemente.

Del resultado en este primer ensayo de transfusión sanguínea da cuenta la comunicación del profesor Turenne

publicada en la "Revista Médica del Uruguay" en el mes de Abril de 1917.

Se trataba de una enferma atacada de un piosalpinx a quien hubo que practicarle una anexo-histerectomía subtotal. La intervención fué laboriosísima debido a que el piosalpinx izquierdo estaba pseudo-incluído en el ligamento ancho y su decorticación fué difícil y los anexos derechos adherían fuertemente al Douglas. Todas las partes denudadas sangraban en superficie lo que obligó a colocarle un Mickulicz. La intervención duró setenta minutos y durante ella la enferma flaqueó varias veces. Durante diez días el estado de la enferma fué grave pero después empezó a mejorar lentamente y a los trece días se le suprimió el tubo abdominal. Al día siguiente hace dos serias hemorragias por el trayecto del drenaje, que se tratan con suero gelatinizado, adrenalina y taponamiento del trayecto. La enferma se reagrava y el pulso sube a 168. Cuatro días después vuelven a repetirse las hemorragias en número de cuatro en las veinte y cuatro horas. El estado de la enferma es gravísimo. Su palidez y la ínfima tensión del pulso, a pesar del suero y tonicardíacos empleados, hacen pensar que una nueva hemorragia le será fatal. El examen de la sangre practicado en ese momento dió el siguiente resultado:

Glóbulos rojos	517.000.
Hemoglobima	10 % Gowers.
Leucocitos	4.500.

Numerosos glóbulos rojos nucleados.

La tensión sanguínea tomada con el Pachon fué de trece como máxima y siete como mínima.

Fué en este momento en que se planteó la necesidad y como único recurso de salvación, de la transfusión de sangre. Fué donante una nurse de la clínica de cuya perfecta integridad física no teníamos la menor duda. Bajo la dirección del profesor Turenne recogimos en el aparato a que he hecho referencia más arriba y en el cual habíamos colocado la solu-

ción de citrato neutro de sodio al 25 % (aunque en mayor cantidad de la aconsejada por el profesor Agote de un centímetro cúbico por cada cien centímetros cúbicos de sangre con el objeto de humedecer convenientemente las paredes del frasco, del tubo y aguja por donde tenía que pasar la sangre) 250 centímetros cúbicos de sangre, previa descubierta de la vena del donante. La mezcla con la solución de citrato fué facilitada agitando con una varilla de vidrio esterilizada. La agitación produjo una espuma persistente que no nos inquietó lo más mínimo porque creímos fácil evitar su penetración en las venas del receptor debido a que ocupaba la superficie del líquido, y porque su paso al tubo se señalaría en el tubo de vidrio indicador colocado cerca de la extremidad del tubo de goma próximo al frasco.

El profesor Turenne tuvo a su cargo la segunda parte de la transfusión. Previa descubierta de la vena de la enferma y lleno el tubo y la aguja para evitar la penetración de aire, se le punciónó procediéndose luego a la transfusión como una inyección intra-venosa común. Se inyectaron doscientos treinta centímetros cúbicos de sangre. La enferma acusa poco tiempo después una sensación de bienestar y el pulso que latía a 144 baja a 132; y la tensión sanguínea máxima subió de trece a catorce y la mínima descendió de siete a seis. La mejoría subjetiva fué rápida y real: media hora después la enferma estaba visiblemente más animada y un leve sudor cubría su cara y extremidades. Esa noche, por primera vez después de la intervención, durmió varias horas. Localmente las lesiones mejoraron, la fiebre desapareció, el pulso descendió a 84 y el once de noviembre es dada de alta en buen estado.

La evolución de la fórmula sanguínea es realmente interesante.

	Octubre 25	Octubre 28	Nov. 7	Nov. 17	Nov. 25
Glóbulos rojos	517.000	1:840.000	2:628.000	3:200.000	4:560.000
Hemoglobina	10 %	30 %	40 %	45 %	75 %
Leucocitos	4.500	10.560	8.900	9.600	5.600
Pol. neutrófilos	76 %	72.7 %	78 %	72 %	54.6 %
Pol. eosinófilos	1 %	1.3 %	1 %	—	1.3 %
Linfocitos	17 %	25.1 %	19 %	18 %	42.6 %
Mono nucleares grandes	6 %	0.6 %	2 %	2 %	1.3 %
Glóbulos rojos nucleados	numerosos	0	0	0	0

Entusiasmados por el resultado obtenido, seducidos por la sencillez y por la inocuidad del procedimiento empleado, resolvimos experimentar la transfusión de sangre, no solamente en los casos de anemia aguda por hemorragias profusas, sino también en muchas afecciones, dentro del campo obstétrico, que supusimos pudieran beneficiar de ella: me refiero a la terapéutica de las toxemias leves o graves, precoces como los vómitos incoercibles, o tardías como la eclampsia.

En este mi primer trabajo sobre transfusión sólo consideraré diez casos de transfusión practicados por mí en la Clínica del profesor Turenne y cuya indicación fué siempre la anemia aguda, por retención placentaria, rupturas uterinas, inundación peritoneal por ruptura de embarazos ectópicos, etc., etc. Dejo para otra disertación otros casos de transfusión con buen resultado en casos de púrpuras, nefritis uremigena, vómitos incoercibles, eclampsia, etc.

De los diez casos que revisto, en seis se empleó el método del profesor Agote y en los cuatro restantes utilicé el procedimiento ideado por mi compañero de tareas el doctor Horacio Félix Platero, Médico interno de la Maternidad y que expondré lo más brevemente posible.

Pero antes se me va a permitir una pequeña digresión. Al describir el método ideado por mi compañero, se adverti-

rá enseguida su similitud con el método de Rosenthal y que aunque su autor lo presentó en la Sociedad de Terapéutica el catorce de noviembre de 1917, sólo fué conocido por nosotros en marzo de 1918 por publicación en la Presse Médicale. Pues bien, ya el Dr. Platero en agosto de 1917, practicaba experiencias de transfusión de sangre en nuestro hospital Maciel, sirviéndose para ello de las jeringas y de la solución citratada al 10 %. Por esta razón nosotros al aplicar su método en nuestra Clínica, lo seguimos llamando método del doctor Platero.

En agosto de 1917 practicaba yo una transfusión en una enferma atacada de nefritis uremígena, intervención que era presenciada por mi amigo el Dr. Platero, y fué entonces que en vista de algunos pequeños tropiezos experimentados, se le ocurrió que era completamente inútil para llevar a la práctica la citada transfusión por el método del profesor Agote, que era el que yo empleaba, hacer la descubierta previa de la vena en el donante y menos aun en el paciente, puesto que no hacemos jamás esta operación cuando deseamos hacer una toma de sangre para un Wassermann o para una dosificación de urea en el suero y menos aun cuando hacemos una inyección intra-venosa de metales coloidales o de novoarzenovenzol. Además teniendo en cuenta que los aparatos empleados hasta el momento presente para obtener la sangre del donante, así como para inyectar la misma sangre al receptor, han adolecido de defectos capitales que en la mayor parte de los casos han hecho completamente impracticable el procedimiento, que debe ser extremadamente simple y capaz de ser llevado a la práctica por cualquier persona hábil para introducir una aguja en el interior de la vena. Mi compañero me manifestó además al notar la aparición de un coagulo en la aguja que servía para conducir la sangre al interior de la vena de la enferma tratada, que tenía la plena seguridad de que una aguja gruesa de platino llenaría perfectamente la finalidad práctica. En cuanto a la toma de sangre todos sabemos bien con qué enorme facilidad se extraen cantidades

grandes con una simple puntura y mediante aspiración con cualquier clase de jeringas. Faltaba desde luego para llevar a la práctica el plan que se había imaginado el Dr. Platero de simplificar una intervención a punto de reducirla a una simple inyección intra-venosa, el instrumental adecuado a tal fin y que podría ser una jeringa de una capacidad mayor que las conocidas, para evitar una manipulación larga y enojosa y a la vez llenar las condiciones de rigurosa asepsia necesaria, evitando el contacto del aire y el pasaje a través de tubuladuras que frecuentemente no se esterilizan bien y producen muy a menudo coagulos que obstruyen la luz de las agujas y obstaculizan la llegada o salida de la sangre.

En el párrafo anterior quedan sintetizadas las principales objeciones a los aparatos en uso corriente y no escapan a ellas tampoco los más modernos como efectivamente son los de Agote, Kreusher y Jeambrau. El Dr. Platero sustituye los aparatos conocidos por jeringas de vidrio del tipo Luer, pero de 100 centímetros cúbicos de capacidad de uso corriente en veterinaria. (Probablemente una jeringa de doscientos centímetros de capacidad, presentaría la ventaja de permitir mayor volumen de sangre y su manuabilidad no estaría por esa misma razón disminuida). Se evita con ello la cámara de aire de aspiración, que en el aparto de Kreusher se hace por la boca del operador, en el de Jeambrau por una pera con un dispositivo especial que mediante una tuerca puede transformarse en aparato de insuflación. Se evita igualmente el contacto del aire que en la toma de sangre por el procedimiento de Agote se hace a cielo abierto y dejando caer la sangre en un recipiente que contiene la solución citratada al 25 % y que hay que agitar continuamente con una varilla de vidrio para asegurarse que la mezcla es homogénea. Se evita además la introducción de un aparato de vidrio afilado en punta que requiere venas gruesas y exige una previa descubierta de ellas; y finalmente se evita también una intervención sangrienta que mortifica al dador y al receptor de la sangre y le inutiliza venas que en el futuro pueden necesitarse para nuevas intervenciones.

El procedimiento ideado por el Dr. Platero permite, además, servirse de venas de cualquier calibre y usar varias venas en la misma persona, si llegaran a ocurrir inconvenientes en la técnica o no se hubieran llenado detalles indispensables y todo a costa de una simple punción a menudo casi indolora. Además el volumen de sangre obtenido en cada toma, no tiene tiempo de perder la temperatura del cuerpo de donde ha salido y puede ser reinyectado inmediatamente sin calentarlo previamente.

Para practicar una transfusión por el método de mi compañero el Dr. Platero se requiere lo siguiente: Varias agujas de platino iridado de más de un milímetro de luz y perfectamente afiladas.

Dos jeringas de vidrio de cien centímetros cúbicos de capacidad, con sus correspondientes adaptadores metálicos para agujas de pabellón chico.

Una solución de citrato de soda esterilizada al 10 %. Preparados los pacientes, donante y receptor, el primero como para hacer una toma de sangre y el segundo como para recibir una inyección intra-venosa de novoarzenobenzol, se pincha la vena mediana cefálica o mediana basílica del dador en dirección a la extremidad distal del brazo y se adapta la geringa que llamaremos número 1 y en la que hemos depositado cinco centímetros cúbicos de la solución citratada, por absorción del émbolo.

Paulatinamente hacemos la absorción de la sangre y en menos de un minuto en sujetos robustos y de venas gruesas llenamos completamente la geringa. Damos algunos movimientos al émbolo para obtener la completa homogeneización del contenido de las geringas y la sangre se ha transformado en una solución incoagulable y pronta para ser inyectada. Con la geringa número 2 podemos hacer absolutamente lo mismo, en tanto que nuestro ayudante inyecta el contenido de la geringa número 1 en la vena del enfermo que ha sido pinchada en el sentido de la corriente sanguínea. Alternando el uso de una y otra geringa en ambos pacientes, conseguiremos

extraer e inyectar cantidades elevadas que nos permiten hacer el tratamiento con el volumen de sangre que queramos en el mínimo tiempo de diez a quince minutos.

Como puede verse la técnica es en extremo sencilla y la experiencia que tengo de un buen número de casos, me permite augurar al procedimiento de mi compañero el Dr. Platero un completo éxito.

Solucionada la parte mecánica de la transfusión queda aun otro punto de capital importancia. Me refiero a la acción de dos sangres de la misma especie puestas en presencia, y los fenómenos biológicos a que puede dar lugar este contacto, lo cual nos obliga a usar ciertas precauciones antes de realizar cualquier transfusión de sangre.

En la clínica a que pertenezco se procede de la siguiente manera:

Dentro del personal técnico (parteras y nurses) lo mismo que entre el personal secundario y de servicio hay siempre varias personas que se prestan voluntariamente para dar sangre. En todas ellas se ha hecho la reacción de Wassermann. Cuando se presenta la indicación de la transfusión de sangre, se procede de inmediato a la investigación de la aglutinación y de la hemolisis con el objeto de determinar la adaptabilidad de la sangre del dador frente a la sangre del recipiente, usando el procedimiento de Mason que consiste en lo siguiente:

Se echan dos gotas de sangre del donante y recipiente (en tubos separados) en 5 centímetros cúbicos de una solución de citrato neutro de soda 1.25 % y 85 % cloruro de sodio para obtener la suspensión del glóbulo.

Se lava un cubre objeto con alcohol a 95 grados y una vez seco se toma con una pipeta capilar (una para cada suspensión de glóbulos y otra para el suero de cada sangre, obtenidos por centrifugación de una pequeña cantidad) una gota de suero del donante y una de suspensión de glóbulos del recipiente y se mezcla con una varilla de vidrio. Se coloca sobre un porta objeto escavado obturando los bordes con una gota de aceite. Es de la mayor importancia que la gota se ex-

tienda muy igualmente de manera que los glóbulos no se amontonen. Se repite la operación con suero del recipiente y glóbulos del donante.

Ambas preparaciones se colocan en la estufa a 37 grados durante una hora y se observan cada 20 o 30 minutos.

En general la aglutinación o la hemolisis se producen en la primera media hora, pero como se han observado algunas reacciones tardías conviene esperar una hora para tener la certeza de la compatibilidad intersanguínea.

Como vemos, mediante una sencilla técnica de laboratorio, se establece en breve tiempo, poco más de media hora, si no hay aglutinación ni hemolisis y con esta seguridad se practica de inmediato la transfusión.

De los resultados obtenidos en la Clínica del profesor Turenne, dan cuenta los siguientes resúmenes de las historias clínicas de las enfermas a quienes se les hizo transfusión de sangre. Como ya lo he dicho anteriormente se refieren solamente a enfermas cuya indicación para la transfusión fué siempre la anemia aguda.

Primer caso

Observación números 1037/2039; Julia P. de G. uruguaya 30 años, casada. Piosalpinx izquierdo. Histerectomía sub-total. Anexectomía doble. Hemorragias post-operatorias tardías. Transfusión por el método del Profesor Agote. Alta curada. (Este caso es el relatado en extenso al comenzar esta conferencia).

Segundo caso

Observación números 1751/3452; Lisolfa F. de A. uruguaya, casada, 24 años. Quiste unilocular del para-ovario torcido. Se interviene el 6 de Abril de 1917. El tumor corresponde a la región anexial derecha y se continúa con una porción del ligamento ancho derecho fuertemente infiltrado de sangre. Al seccionar el pedículo y ligar, el catgut desgarra

los tejidos que son sumamente friables, por lo cual se inicia una copiosa hemorragia que procede en parte de las venas del pedículo, pero en su mayor proporción del tejido celular del ligamento ancho izquierdo que se presenta con el aspecto de tejido cavernoso. Las tentativas de suturar las hojas del ligamento ancho, resultan ineficaces por la friabilidad de los tejidos. En vista de que la enferma se agrava sensiblemente, (el pulso late a 160) a pesar de los tonicardíacos y suero suministrado, se decide aplicar un mickulicz que comprime la región que sangra en superficie y una compresa de franela que comprime el asta izquierda. A las 9 p. m. el estado es de suma gravedad. Pulso filiforme. Procedo a la transfusión de 350 centímetros cúbicos de sangre por el método del profesor Agote. La enferma mejora lentamente y es dada de alta completamente curada el 3 de mayo de 1917.

La fórmula sanguínea evolucionó así:

	Abril 6	Abril 10	Abril 15	Mayo 3
Glóbulos rojos	1:200.000	2:240.000	2:375.000	3:200.000
Hemoglobina	25 %	50 %	50 %	65 %
Leucocitos	5.000	20.000	19.000	9.600

Tercer caso

Observación números: 1811/3567; María F. de B. uruguaya, casada, 30 años. VIII gestación. Ruptura uterina. Histerectomía.

Enferma que ingresa del público con el siguiente cuadro: vientre de forma irregular. En la región infraumbilical dos tumefacciones la abultan: una ocupa la fosa ilíaca derecha, la otra un poco menos voluminosa el flanco izquierdo. Por encima del intervalo que las separa puede percibirse otra tumefacción, mucho más pequeña, cilindróidea y doblada en ángulo abierto hacia la izquierda. Todas estas tumefacciones

son sumamente superficiales y dan a la palpación la impresión de ser: la primera la cabeza, la segunda las nalgas y la tercera uñ miembro inferior probablemente el derecho. En el epigastrio hay una zona de sensibilidad exquisita. No hay contracciones uterinas dolorosas. No hay latidos fetales. No se palpa el cuerpo uterino aislado. Al examen vaginal constatamos lo siguiente:

Por la vulva hace salida el miembro superior derecho hasta el tercio superior, equimótico y algo edematóso. Al lado de él aparece parte de la mano izquierda. El tacto demuestra que el feto está en presentación de hombro A I D dorso posterior. Aplicación del embriotomo de Ribemont-Dessaignes. Sección abarcando el cuello y axila anterior. Extracción fácil del cuerpo haciendo tracción sobre el brazo izquierdo. Extracción de la cabeza. Alumbramiento artificial y constatación de ruptura uterina. Laparotomía inmediata. La cara anterior del útero presenta una amplia brecha mediana a bordes equimóticos que sangra aun. La ruptura alcanza hasta el borde superior del tercio inferior del útero en donde tuerce hacia la izquierda en una pequeña extensión. Histerectomía. Después de la intervención que ha durado dos horas y durante la cual se le ha administrado a la enferma suero a grandes dosis y tonicardíacos, el estado es gravísimo, pulso filiforme y cuando puede contarse late a 180. Transfusión de 350 centímetros cúbicos de sangre por el método Agote.

A las 7 y 30 p. m. ocho horas después el pulso se siente bien y late a 150. Post-operatorio bastante bueno y la enferma se va curada el 3 de junio de 1917.

No se hizo examen de sangre en el momento de la transfusión. El que se hizo al día siguiente dió este resultado:

Glóbulos rojos	4:000.000
Hemoglobina	80 %
Leucocitos	16.000

Cuarto caso

Observación números 2653/5251; Virginia L. de D. italiana, 33 años, casada, primigesta. Inundación peritoneal por ruptura de embarazo ectópico. Anexectomía derecha. Se interviene el 19 de enero de 1918 a las 10 a. m. A las dos p. m. como el estado general siguiera grave y el pulso no hubiera remontado a pesar del tratamiento acostumbrado, inyecto 250 centímetros cúbicos de sangre por el método Agote. La enferma fallece el 21 a las 7 y 30 p. m.

Quinto caso

Observación números 2747/5410; Angela R. uruguaya décima gestación. Se trata de una enferma que ingresa a la Clínica en trabajo de parto y en plena asistolía. Con el objeto de evitarle el esfuerzo del parto y después de tonificarla se hace rápidamente sin anestesia, una extracción pélvica. (Era una presentación de nalgas). La intervención, que fué sin incidentes, tuvo lugar el 12 de febrero de 1918. Puerperio normal hasta el octavo día en que amaneció con dispnea intensa. El examen de sangre acusó una anemia marcada por lo cual el profesor Turenne aconseja una transfusión que practico por el método del profesor Agote, inyectándole 250 centímetros cúbicos de sangre. La enferma fallece por insuficiencia cadíaca el 26 de febrero.

La fórmula sanguínea fué la siguiente:

	En el momento de la transfusión	Dos días despnés
Glóbulos rojos	1:450.000	2:350.000
Hemoglobina	30 %	55 %
Leucocitos	10.400	20.000

Sexto caso

Observación números: 3002/5906; Emilia de A. brasilera, 23 años, casada. Tercera gestación. Enferma que in-

gresa a la Clínica en estado de profunda anemia debido a una profusa hemorragia por aborto provocado. El análisis de sangre fué el siguiente:

Glóbulos rojos	1:440.000
Hemoglobina	35 %
Leucocitos	9.600

Transfusión de 300 centímetros cúbicos de sangre por el método del profesor Agote. El estado general mejora y es dada de alta el 15 de mayo después de 15 días de estadía en la Maternidad.

Al terminar la transfusión hubo una alarma. La enferma se pone más anemiada cae en síncope y el pulso se hace imperceptible. Se le inyectan de inmediato 4 centímetros cúbicos de éter, 4 centímetros cúbicos de aceite alcanforado, un milígramo de estricnina y tres centímetros cúbicos de cafeina. La enferma reacciona y el estado se normaliza.

Séptimo caso

Observación números 3163/6202; María P. R. de F. española, casada, 23 años. Inundación peritoneal por ruptura de embarazo ectópico. Peritonitis. Enferma que ingresa del público en grave estado sin pulso radical. Dispnea ansiosa, extremidades frías. Levantamiento del estado general. Laparotomía. Trompa derecha rota. Salpingéctomía. Transfusión de 250 centímetros cúbicos de sangre por el método del Dr. Platero.

La fórmula sanguínea era la siguiente:

Glóbulos rojos	1:920.000
Hemoglobina	40 %

La intervención y la transfusión, que fueron inmediatas, tuvieron lugar el 9 de junio de 1918. El 14 aparecen signos peritoneales y la enferma fallece con todos los síntomas de oclusión intestinal, el día siguiente a la 1 p. m.

Octavo caso

Observación números 5364/10387; Celina R. R. uruguaya, casada, secundigesta. Inundación peritoneal por ruptura de embarazo ectópico. Laparotomía. El útero del tamaño de un huevo de pato, que está fijo en el fondo de la pelvis por un proceso parametrial antiguo, presenta en su asta derecha una tumefacción del tamaño de una avellana grande con una perforación de tres a cuatro milímetros, que sangra lentamente. El estado de la enferma, a pesar del suero intra-venoso y tonicardíacos, es gravísimo. Dispnea (70 a 80 respiraciones) y pulso incontable. Histerectomía rápida. Transfusión inmediata de 250 centímetros cúbicos de sangre por el método del Dr. Platero. Post-operatorio normal y alta a los quince días de la operación.

Fórmula sanguínea:

	Antes de la transfusión	Cuatro días después
Glóbulos rojos	1:800.000	2:560.000
Hemoglobina	30 %	55 %
Leucocitos	16.800	11.400

Noveno caso

Observación números 5447/10557; Carmela S. italiana, 25 años, tercera gestación. Ruptura uterina. Se trata de una embarazada con pelvis viciada. La cara anterior del sacro es aplanada. Interlíneas articulares del sacro prominentes. Diámetro promonto-subpubiano (mensuración digital) 10 centímetros. Esta enferma, en pleno trabajo de parto, hace una ruptura uterina y en el momento que la veo el estado es grave. Está sin pulso. Facies intensamente anemiada. Mucosas decoloradas. Ansiedad. Dispnea intensa. Es en el primer caso que para remontar el estado general antes de la intervención hago uso de la goma de acacia, inyectándole por vía intra-venosa la siguiente solución:

Cloruro de calcio	gs.	4.50
Goma arabiga	»	30
Agua destilada	»	500

Laparotomía. Ruptura de la cara anterior del útero irradiando hacia ambos lados haciendo estallar los ligamentos anchos. Histerectomía sub-total. Transfusión de 300 centímetros cúbicos de sangre por el método Platero. La enferma mejora lentamente y a los catorce días se levanta.

Fórmula sanguínea:

	Antes de la transfusión	Después
Glóbulos rojos	2:150.000	4:000.000
Hemoglobina	50 %	80 %
Leucocitos	8.400	7.000

Décimo caso

Observación números 5752/11164; Dominga B de P., uruguaya, casada, 33 años. Séptima gestación. Parto normal. Retención placentaria. Hemorragia profusa. Alumbramiento artificial. Enferma que ingresa del público en estado de anemia aguda, por hemorragia con retención placentaria. Pulso casi imperceptible. Frialdad general. Se le tonifica y se hace el alumbramiento artificial, que fué muy laborioso. En vista del estado de profunda anemia, se hace una transfusión de 350 centímetros cúbicos de sangre por el método Platero. Puerperio sin incidentes y alta a los diez días.

Fórmula sanguínea:

	Antes	Después (a los 4 días)
Glóbulos rojos	1:200.000	2:300.000
Hemoglobina	25 %	55 %
Leucocitos	12.000	14.000

Accidentes consecutivos a lá transfusión de sangre

En la Clínica hemos tratado de reducir al mínimo, los accidentes que pueden seguir a la transfusión de sangre, a tal punto, que en la estadística que revistamos, en una sola observación (el sexto caso) hubo una alarma.

El peligro de la transmisión de enfermedades, cuyos gérmenes viven o circulan en la sangre (paludismo, sífilis, tuberculosis) es sumamente lejano. Como dije anteriormente tenemos en el Servicio dentro del personal técnico y secundario, una serie de donantes entusiastas y voluntarios, cuyo Wassermann es negativo, y a quienes hemos examinado clínicamente con todo cuidado, con el objeto de despistar cualquiera otra afección.

Tampoco hemos tenido accidentes de aglutinación ni de hemolisis. En todos los casos hemos practicado las pruebas aconsejadas por Masón y que he descrito en detalle anteriormente.

Las embolias y trombosis, muy comunes en las primeras transfusiones practicadas, son hoy muy raras, desde que se emplea el método de la sangre citratada. Recuerdo que en la primera transfusión practicada en nuestra clínica, un poco de sangre que quedó en el frasco, permaneció fluída y rutilante durante 8 horas.

Quizá la alarma producida en el caso número 6 haya sido debida a *dilatación aguda del corazón,* complicación por otra parte muy rara, (cuatro casos en mil transfusiones). El examen del corazón y aparato vascular, no acusó ninguna alteración de importancia, pero la tensión sanguínea tomada con el oscilómetro era muy baja (10 máximo) y esto me inclina a pensar, que haya sido aquella complicación, la causa de los accidentes que presenciamos y que felizmente no tuvieron ninguna consecuencia lamentable, pues la enferma reaccionó con tonicardíacos.

El escalofrío que encuentro citado a menudo, como una de las consecuencias inmediatas de la transfusión, no lo hemos presenciado en ningún caso, a pesar de haber inyectado en todos ellos, más de 200 centímetros cúbicos de sangre. Como tenemos por norma de conducta no utilizar a un donante si no una sola vez, no hemos tenido tampoco accidentes de anafilaxia.

Ha sido para mí un honor que no merezco, el haber expuesto ante vosotros. Mis merecimientos no son tantos. Os lo agradezco íntimamente en nombre de mi patria, unida a la vuestra, por muchos años de sufrimientos y victorias comunes.

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DEL MISMO AUTOR

1.—1916.—EL SIGNO DE HEGAR EN EL POST-PARTUM. —Trabajo presentado al Primer Congreso Médico Nacional.—Publicaciones del Congreso.—Tomo III, pág. 477.

2.—1916.—UN CASO DE TROMBO-FLEBITIS PUERPERAL. — "Revista Médica del Uruguay".—Tomo XIX, pág. 898.

3.—1917.—UN CASO DE DISTOCIA ANULAR EN UNA PRESENTACION DE HOMBRO.—"Revista Médica del Uruguay".—Tomo XX, pág. 49.

4.—1917.—TRATAMIENTO DE UNA PLACENTA RETENIDA Y ADHERENTE POR EL ALCOHOL.—"Revista Médica del Uruguay".—Tomo XX, pág. 262.

5.—1917.—ECLAMPSIA O EPILEPSIA.—"Revista Médica del Uruguay".—Tomo XX, pág. 312.

6.—1917.—CUATRO CASOS DE PLACENTA PREVIA.— "Revista Médica del Uruguay".—Tomo XX, pág. 483.

7.—.1917.—EVOLUCION Y TRATAMIENTO DE DOS CASOS DE ECLAMPSIA PUERPERAL.—"Revista Médica del Uruguay".—Tomo XX, pág. 525.

8.—1917.—DISTOCIA ANULAR Y EXTRACTO HIPOFISARIO.—"Revista Médica del Uruguay".—Tomo XX, pág. 752.

9.—1917.—INDICACIONES DE EVACUACION UTERINA EN LAS AFECCIONES BRONCO-PULMONARES AGUDAS GRAVES.—Anales de la Facultad de Medicina.—Tomo II, pág. 547.

10.—1918.—PLACENTA PREVIA MARGINAL.—EMBARAZO GEMELAR BIVITELINO.—"Revista Médica del Uruguay".— Tomo XXI, página 204.

11.—1918.—EL ABORTO CRIMINAL PROVOCADO.—Revista "Fraternidad".—Abril, Mayo y Junio de 1918.

12.—1918.—CONTRA LA GRIPPE.—Revista "Fraternidad" —Octubre de 1918.

13.—1918 - 1919.— INSTRUCCIONES MEDICAS.— Revista "Fraternidad".—Julio, Agosto, Septiembre, Noviembre y Diciembre de 1918.—Febrero y Marzo de 1919.

14.—1919.—ORGANIZACION DEL SERVICIO DE PARTERAS EN LA ASOCIACION FRATERNIDAD.—Revista "Fraternidad".—Enero de 1919.

15.—1920.—LA TRANSFUSION DE SANGRE EN LA CLINICA OBSTETRICA DEL PROFESOR AUGUSTO TURENNE. —Lección dada en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.

16.—1920.—TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POR INSERCION DE LA PLACENTA SOBRE EL SEGMENTO INFERIOR.—Tesis presentada al Concurso de Agregación de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Montevideo.

17.—1920.—CORIO-EPITELIOMA Y MOLA HIDATIFORME.—"Revista Médica del Uruguay".—Tomo XXIV, pág. 155.

18.—1920.— ENDOCARDITIS SEPTICA SECUNDARIA CONSECUTIVA A UN ABORTO EN UNA CARDIACA.—"Revista Médica del Uruguay".—Tomo XXIV, pág. 203.

19.—1920.—INAUGURACION DEL CURSO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.—Anales de la Facultad de Medicina. —Tomo V, pjg. 245 (Suplemento).

20.—1920.—ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO ECTOPICO.—"Revista Médica del Uruguay".—Tomo XXIV, pág. 458.

21.—1921.—SEPTICEMIA A ESTREPTOCOCUS HEMOLITICOS Y CHOQUE COLOIDOCLASICO.—La Maternidda del Hospital Pasteur — Comentarios Estadísticos y Clínicos.—1929—25 de Abril—1930,pág. 53.

22.—1922.—DOBLE EMBARAZO SIMULTANEO INTRA Y EXTRA UTERINO.—"Revista Médica del Uruguay".—Tomo XXV, pág. 476.

23.—1922.—POLINEURITIS GRAVIDICA.—"Revista Médisa del Uruguay".—Tomo XXV, pág. 605.

24.—1922.—UN CASO DE ENCEFALITIS LETARGICA EN UNA EMBARAZADA.—"Revista Médica del Uruguay".—Tomo XXVII, pág. 547.

25.—1929.—DISTOCIA POR TABICAMIENTO VAGINAL CONGENITO.—OPERACION CESAREA.—"Revista Médica del Uruguay".—Tomo XXVII, pág. 331, y Anales de la Facultad de Medicina.—Tomo XV, pág. 866.

26.—1929.—GESTACION ECTOPICA SIN AMENORREA. —"Revista Médica del Uruguay".—Tomo XXXII, pág. 347 y Anales de la Facultad de Medicina.—Tomo XV, pág. 436.

27.—1929.— CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL CONSECUTIVO A TENTATIVA DE ABORTO CRIMINAL.— "Revista Médica del Uruguay".—Tomo XXXII, pág.358 y Anales de la Facultad de Medicina.—Tomo XV, pág.434.

28.—1929.—QUISTE TORCIDO DEL OVARIO Y EMBARAZO.—Anales de la Facultad de Medicina.—Tomo XV, pág. 860.

29.—1930.—LAS HEMORRAGIAS DEL CUERPO AMARILLO.—Anales de la Facultad de Medicina.—Tomo XV, pág. 1053.

30.—1930.— LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL PASTEUR.—Comentarios Estadísticos y Clínicos.—1929.—25 de Abril 1930.

31.—1931.—UN CASO DE SUPERFETACION.—La Maternidad del Hospital Pasteur.—Comentarios Estadísticos y Clínicos.—1930.—25 de Abril 1931.—Pág. 37.

32.—1931.—INVERSION Y PERFORACION UTERINA.— La Maternidad del Hospital Pasteur.—Comentarios Estadísticos y Clínicos.—1930.—25 de Abril—1931.—Pág. 51.

33.—1931.— LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL PASTEUR.—Comentarios Estadísticos y Clínicos.—1930.—25 de Abirl —1931.

ÍNDICE

Págs.

Carta al Presidente del Consejo de Salud Pública 5
Personal Técnico 9
Resumen estadístico 11
Sección Maternidad 11
Sección Ginecología 21
Niños 23
Resumen general 24
Policlínica 28
Asistencia del recién nacido 32
La conjuntivitis purulenta en los recién nacidos heredo-específicos 33
Un caso de malformaciones múltiples en un recién nacido . 36
Tratamiento del aborto febril 39
La transfusión de sangre en la Clínica Obstétrica del Prof. Augusto Turenne 47
Publicaciones científicas del mismo sutor 68